

Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta

Totok Sundoro¹; Elsy Maria Rosa²; Irma Risdiana³

*Penulis Korespondensi: totoksundoro@gmail.com

¹RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta

²Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

INDEXING

Keywords:

Tangible, reliability, responsiveness, assurance, empathy, patient satisfaction

ABSTRACT

The purpose of this study was to knowing description (policy, implementation, barriers, recommendation) on compliance efforts in patient safety goals RSKIA PKU Muhammadiyah Yogyakarta Kota Gede. Qualitative research with case study design (case study). Subjects were hospital management, the staff of the hospital and the patient. The study object is the implementation of Patient Safety Goals Hospital Accreditation Hospital In Version 2012. Policy and implementation for the implementation of 6 targets have not been fully made patient safety and well-executed yet because there are still adhere to standards that do not, do not know the rules, socialization and motivation are lacking and there is no management support. Recommendation needs to be done is the hospital management and the need to formulate a policy direction that comes with phasing as a guide to target patient safety in hospitals.

Kata kunci:

Sasaran Keselamatan Pasien, Akreditasi Rumah Sakit

Tujuan Penelitian ini adalah Untuk Mengetahui gambaran (kebijakan, implementasi, hambatan, rekomendasi) tentang pemenuhan upaya sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. Penelitian kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus (case study). Subjek penelitian adalah manajemen rumah sakit, staf pelaksana rumah sakit dan pasien. Objek Penelitian adalah Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dalam Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Keabsahan data dengan menggunakan teknik triangulasi. Kebijakan dan implementasi pelaksanaan untuk 6 sasaran keselamatan pasien belum sepenuhnya dibuat dan belum dilaksanakan dengan baik karena masih ada yang tidak mematuhi standar, tidak mengetahui aturan, sosialisasi dan motivasi yang kurang serta tidak ada dukungan manajemen. Rekomendasi yang perlu dilakukan adalah manajemen rumah sakit perlu menyusun arah kebijakan dan yang dilengkapi dengan pentahapan sebagai panduan untuk sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

© 2016 JMMR. All rights reserved

PENDAHULUAN

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan meliputi upaya kesehatan dan sumber dayanya yang harus dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan sehingga mencapai tujuan yang optimal Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan. ¹ Regulasi Pemerintah yang mengatur persyaratan teknis akreditasi rumah sakit terdapat dalam Undang-Undang No. 44 tahun 2009 pasal 40 dijelaskan² “Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali”. dan

Keputusan Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Nomor HK. 02.04/I/2790/11 tentang standar akreditasi rumah sakit melalui Buku Panduan Akreditasi Rumah Sakit yang disahkan oleh Menteri Kesehatan R.I. pada September 2011. Regulasi inilah yang seharusnya menjadi dasar bagi setiap rumah sakit untuk melakukan assesmen terhadap pelayanan yang dimilikinya. Selanjutnya setiap Rumah Sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi.³

RSKIA Muhammadiyah Kotagede merupakan rumah sakit dibawah Yayasan PCM Kotagede mendapatkan ijin pendirian dari Dinas Kesehatan dengan nomor 445/2867/IV.² tahun 2008. Sehingga

RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta mempunyai kewajiban untuk melakukan perpanjangan izin operasional rumah sakit pada tahun 2013. Rata-rata jumlah kunjungan pasien poliklinik triwulan tahun 2011 sebanyak 17.410 kunjungan dan tahun 2012 sebanyak 16.909 kunjungan. Sedangkan jumlah pasien rawat inap tahun 2011 sebanyak 1105 pasien dan tahun 2012 sebanyak 1052 pasien.

Nilai rata-rata tempat tidur terisi (BOR) di tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede berturut-turut sebesar (66% dan 50%) dari 31 tempat tidur, 29,4% dari 41 tempat tidur. Sedangkan rata-rata lama dirawat pasien (LOS) adalah 3 hari perawatan dan rata-rata tempat tidur kosong selama 8 hari. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien rumah sakit masih belum dilaksanakan dengan sempurna sebagai contoh sudah dilaksanakan sosialisasi cuci tangan yang benar, namun belum ada sarana wastafel dengan petunjuk cuci tangan secara memadai. Kepala bagian rekam medis mengatakan bahwa sudah dilaksanakan penggunaan gelang pasien, namun belum ada kebijakan atau prosedur pemasangan gelang. Tujuan penelitian ini secara umum untuk mengetahui gambaran tentang pemenuhan upaya sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. Secara khusus tujuan yang hendak dicapai adalah untuk mengetahui kebijakan, implementasi, hambatan rumah sakit dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien rumah sakit sesuai akreditasi rumah sakit versi 2012 dan memberikan rekomendasi kepada RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien rumah sakit sesuai akreditasi rumah sakit versi 2012. Berdasarkan uraian latar belakang, maka dirumuskan permasalahan sebagai berikut: Mengevaluasi sejauh mana RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta telah memenuhi standar sasaran keselamatan pasien sesuai standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian kualitatif⁴ dan hasil disajikan secara deskriptif dengan metode studi kasus (case study) yang mengambil sampel dari populasi dan menggunakan panduan wawancara dan panduan

observasi dan telusur dokumen sebagai instrumen pengumpul data. Unit analisis dalam penelitian adalah manajemen, staf dan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede. Dalam uji validitas dan reliabilitas penelitian ini, menggunakan triangulasi teknik melalui telusur dokumen, telusur petugas/staf, telusur pasien berkaitan dengan sasaran keselamatan pasien. Jalannya penelitian dengan melakukan wawancara Direktur Rumah sakit, bertujuan untuk mengetahui arah kebijakan dan strategi implementasi sasaran keselamatan pasien, Telusur Dokumen dan Pasien, bertujuan untuk mengetahui implementasi sasaran keselamatan pasien sesuai akreditasi rumah sakit versi 2012, melakukan FGD (Focus Group Discussion), tujuan untuk mengetahui hambatan-hambatan yang ditemui dalam implementasi akreditasi rumah sakit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

RSKIA (Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak) PKU (Pembina Kesejahteraan Umum) Muhammadiyah Kotagede. Kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat oleh Muhammadiyah Kotagede telah dimulai sejak tahun 1928. Diatas tanah wakaf Muhammadiyah di sebelah timur pasar Kotagede. RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede mendapatkan Izin Penyelenggaraan dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dengan jenis pelayanan meliputi pelayanan persalinan, pelayanan pemeriksaan ibu dan Anak, pelayanan rawat jalan dan rawat inap, pelayanan kamar operasi, pelayanan persalinan, pelayanan penunjang medik, pelayanan dengan biaya pemegang kartu (DSM, Jamkesmas, Jamkesda, Jamkesos).

Hasil Analisis Wawancara dengan Direktur RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

Uraian kebijakan/prosedur implementasi sasaran keselamatan pasien sesuai akreditasi rumah sakit melalui wawancara dengan direktur rumah sakit disajikan pada Tabel 1. Berdasarkan tabel 1. dihasilkan informasi bahwa kebijakan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta dalam mencapai sasaran keselamatan pasien melalui akreditasi rumah sakit belum sepenuhnya dibuat.

Tabel 1. Kebijakan/Prosedur Terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Akreditasi Rumah Sakit di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta

No.	Dokumen Kebijakan	Jawaban		
		L	S	T
SKP I: Ketepatan Identifikasi Pasien				
1	Kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi pasien yang konsisten pada semua situasi dan lokasi termasuk pasien tak dikenal			√
2	Kebijakan tentang identifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis		√	
3	Kebijakan tentang identifikasi pasien sebelum pemberian obat,darah, atau produk darah dan tindakan / prosedur.			√
4	Kebijakan tentang identifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas pasien, (tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien)			√
SKP II: Peningkatan Komunikasi Efektif				
1	Tersedia kebijakan dan atau prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten . format <i>write back, read back, repeat back</i> , dan SBAR			√
2	Tersedia SPO komunikasi pada saat serah terima antar shift jaga antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter dan antara dokter dengan dokter			√
3	Tersedia SPO komunikasi penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis dan daftar hasil pemeriksaan penunjang yang kritis misalnya laboratorium, radiologi, PA (Patologi Anatomi).			√
SKP III: Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai				
1	Tersedia Kebijakan dan/atau prosedur penanganan elektrolit konsentrat yang dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan			√
2	Tersedia kebijakan/prosedur pemberian obat dengan benar (benar orang, benar dosis, benar cara, benar waktu ,benar obat)			√
SKP IV: Kepastian Tepat Lokasi-Tepat Pasien-Tepat Prosedur Operasi				
1	Kebijakan dan prosedur di kamar operasi yang dikembangkan guna mendukung keseragaman proses untuk memastikan: tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.			√
SKP V: Pengurangan Infeksi Terkait Infeksi di Pelayanan Kesehatan				
1	Tersedia Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan		√	
SKP VI: Pengurangan Risiko Cidera Pasien akibat Jatuh di Pelayanan Kesehatan				
1	Kebijakan dan/atau prosedur yang dikembangkan untuk mengarahkan Pengurangan Risiko Berkelanjutan ; pasien cedera akibat jatuh.			√

Sumber: data primer diolah (2013)

Keterangan: L = Lengkap, S = Sebagian, T = Tidak ada dokumen

Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Dalam Akreditasi Rumah Sakit

Melalui wawancara dengan petugas/staf rumah sakit berkaitan dengan implementasi sasaran keselamatan pasien dihasilkan bahwa pada identifikasi pasien untuk pelaksanaan sudah mulai dilaksanakan namun belum standar, pada pelaksanaan peningkatan

komunikasi yang efektif belum dilakukan secara efektif, laporan berbasis SBAR di rekam medis juga belum dibuat, pada peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai belum dijalankan dengan baik, pada pelaksanaan kepastian tepat lokasi-tepat prosedur-tepat pasien operasi belum dilakukan sesuai standar *safety surgery* WHO (2009), pada pelaksanaan pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan sudah

dilakukan secara rutin namun belum sesuai standar WHO (2007), pada pelaksanaan pengurangan risiko cidera akibat jatuh belum menerapkan assesmen risiko jatuh termasuk minimnya sarana yang tersedia. Dari jawaban tersebut diatas, didapatkan dari penjelasan pada rangkuman jawaban hasil wawancara petugas/staf rumah sakit (tabel 1.) dan pasien (tabel 2.) berikut ini:

Wawancara Pasien

Berikut ini hasil wawancara pasien terhadap implementasi sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede disajikan pada tabel 3.

Hasil Skoring Sasaran Keselamatan Pasien

Wawancara Petugas/Staf Rumah Sakit

Hasil wawancara petugas/staf terhadap implementasi sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede disajikan pada Tabel 2.

Dari pelaksanaan penelitian dengan melakukan telusur dokumen, telusur pasien, telusur petugas pada sasaran keselamatan pasien pada akreditasi rumah sakit di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta, disajikan pada tabel 4.

Tabel 2. Hasil Wawancara Dengan Petugas/Staf Rumah Sakit Terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

NO	KODE EP	WAWANCARA	JAWABAN				SKOR
			TP S	TS J	TT T	TDD	
1	SKP 1	1. Berikan keterangan saat memasang gelang pasien	1	3	0	0	5
2	SKP 1	2. Apa manfaat gelang pasien, jelaskan kapan saat anda menanyakan identitas pasien	2	2	0	0	5
3	SKP 2	1. Prwt / Dr diminta memperagakan menerima perintah lisan / melalui telepon	1	3	0	0	5
4	SKP 2	2. Prwt/Dr diminta memperagakan saat melaporkan keadaan pasien kepada konsulen	2	2	0	0	5
5	SKP 2	3. Prwt diminta memperagakan saat hand off (operan shift dinas)	1	2	1	0	5
6	SKP 3	1. Prwt/Dr/Far Diminta menunjukkan daftar obat NORUM dan daftar elektrolit konsentrat	0	0	4	0	0
7	SKP 3	2. Prwt/Dr/Far Diminta menjelaskan prosedur kalau mau menggunakan elektrolit konsentrat	0	0	4	4	0
8	SKP 4	1. Dr/prwt diminta menjelaskan cara melaksanakan safe surgery check list sebelum induksi anestesi, sebelum insisi kulit dan sebelum pasien meninggalkan OK	0	0	4	0	0
9	SKP 4	2. Apa yang dokter jelaskan pada pasien/keluarga yang akan menjalani tindakan operasi?	1	0	0	0	10
10	SKP 4	3. Apa yang dijelaskan kepada pasien tentang informed consent	1	0	0	0	10
11	SKP 4	4. Diminta menjelaskan tentang safe	0	0	1	0	0

NO	KODE EP	WAWANCARA	JAWABAN				SKOR
			TP S	TS J	TT T	TDD	
12	SKP 5	1. surgery check list Jelaskan prosedur hand wash/handrub	0	3	1	0	0
13	SKP 5	2. Diminta menjelaskan five moment hand wash/rub	0	4	0	0	0
14	SKP 6	1. Jelaskan cara asesmen pasien dengan risiko jatuh	0	0	3	1	0
15	SKP 6	2. Jelaskan upaya upaya mencegah pasien jatuh	0	3	0	1	0

Keterangan: TP = Tercapai Penuh, TS = Tercapai Sebagian, TT = Tak Tercapai, TDD = Tak Dapat Diterapkan,
S = selalu, J = Jarang, T = tidak pernah, EP = Elemen Penilaian, SKP = Sasaran Keselamatan Pasien

Tabel 3. Hasil Wawancara Dengan Pasien Rumah Sakit Terhadap Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

NO	KODE EP	WAWANCARA PASIEN	JAWABAN				SKOR
			TP	TS	TT	TDD	
1	SKP 1	1. Saat pemasangan gelang pasien apakah petugas menjelaskan manfaat gelang pasien	0	1	4	0	0
2	SKP 1	2. Apakah petugas selalu menanyakan identitas sebelum memberikan obat, tindakan, darah/produk darah, mengambil sampel	0	2	3	0	0
3	SKP 4	1. Apakah dokter menjelaskan tentang perencanaan tindakan medis/ operasi kepada anda	1	1	0	0	5
4	SKP 4	2. Apakah dokter meminta persetujuan anda secara tertulis sebelum melakukan operasi	1	1	0	0	5
5	SKP 4	3. Apakah anda di tanya ulang nama dan tgl lahir sebelum dioperasi	0	2	0	0	5
6	SKP 4	4. Apakah anda di beri tanda daerah yg akan dioperasi	0	0	1	1	5
7	SKP 5	1. Apakah petugas cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa anda	2	1	2	0	5
8	SKP 6	1. Apakah perawat menjelaskan kepada anda tentang kemungkinan risiko jatuh	1	0	4	0	5
9	SKP 6	2. Apakah anda diberitahu kalau butuh bantuan segera menekan tombol panggilan perawat	2	0	3	0	5
10	SKP 6	3. Apakah perawat segera datang kalau ada panggilan dari anda	1	0	4	0	0

Keterangan: TP = Tercapai Penuh, TS = Tercapai Sebagian, TT = Tak Tercapai, TDD = Tak Dapat Diterapkan

Tabel 4. Hasil Skor Telusur Dokumen, Telusur Pasien, Telusur Petugas dalam Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Pada Akreditasi Rumah Sakit di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta

Sasaran Keselamatan Pasien	Telusur Dokumen	Telusur Pasien	Telusur Petugas	Pencapaian Skor (2+3+4)	Jumlah Pertanyaan	Skor Maksimal	Persentase
I	2	3	4	5	6	7	8
I	15	0	10	25	10	100	25,00%
II	10	-	15	25	11	110	23,00%
III	0	-	0	0	8	80	0%
IV	0	20	20	40	12	120	33,33%
V	20	5	0	25	8	80	31,25%
IV	0	10	0	10	9	90	11,11%
Total	45	35	45	125	58	580	123,69%
Rata-rata							21,55%

Sumber: data primer diolah (2013)

Rata-rata skor implementasi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta adalah 21,55% dari target $\geq 80\%$.

Pembahasan

Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pada pasal 29 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban yang salah satunya adalah memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Komitmen Pimpinan rumah sakit sangat penting dalam memenuhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien dengan diawali dengan menetapkan suatu kebijakan.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses untuk setiap pelayanan di rumah sakit mulai kebijakan Pimpinan rumah sakit untuk membentuk Tim Akreditasi dan kebijakan/prosedur yang terkait dengan standar akreditasi rumah sakit khususnya pada sasaran keselamatan pasien. Kebijakan tersebut disosialisasikan kepada petugas/staf rumah sakit untuk diimplementasikan dalam setiap pelayanan kepada pasien.

Penyusunan sasaran keselamatan pasien ini mengacu kepada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI).⁵

Rata-rata skor implementasi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta adalah 21,55% dari target $\geq 80\%$. Dijelaskan bahwa RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sudah menggunakan gelang identifikasi dalam pelayanan pasien rawat inap namun belum dilakukan sepenuhnya. Hal ini terjadi karena kurang atau belum adanya kebijakan tentang proses identifikasi. Sehingga perlu dibuat kebijakan dan prosedur yang memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code, dan lain-lain.

Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Sasaran Ketepatan identitas pasien ini pertama untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap

individu tersebut (Kemenkes R.I, 2011). Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*, dan lain-lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. (Kemenkes R.I, 2011).

Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon belum dibuat, formulir SBAR di rekam medis juga belum dibuat, pelaksanaan peningkatan komunikasi efektif belum dilakukan secara efektif. Kebijakan yang harus dibuat untuk memenuhi sasaran keselamatan pasien bab peningkatan komunikasi efektif meliputi kebijakan dan atau prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten (format *write back, read back, repeat back*, dan SBAR) (Kemenkes RI, 2011). Untuk sasaran keselamatan pasien dalam hal peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit belum membuat kebijakan, ditemukan nama obat dan rupa mirip (NORUM) di farmasi namun daftar NORUM belum dibuat, rumah sakit belum pernah menggunakan larutan konsentrat sehingga belum bisa diterapkan.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati (Kemenkes R.I, 2011). Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memin-dahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi (Kemenkes R.I, 2011).

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur

yang efektif di dalam mengeliminasi salah lokasi, prosedur dan pasien dengan menggunakan *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009).⁶ Salah satu manajemen kamar bedah adalah penggunaan *surgical safety checklist* WHO, tujuannya untuk menyamakan persepsi, komunikasi dan kerjasama antar tim bedah. *Surgical safety checklist* WHO ini terisi 19 item yang harus dilakukan dalam tiga tahap, sebelum induksi anestesi (*sign in*), sebelum insisi kulit (*time out*) dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (*sign out*). Penggunaan *Surgical safety checklist* WHO ini disesuaikan dengan kondisi rumahsakit.⁷

Rumah sakit dalam hal ini belum membuat kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi, pelaksanaan operasi di rumah sakit belum menggunakan *checklist safety surgery* namun sebelum dilakukan operasi pasien mendapatkan penjelasan berkaitan dengan tindakan operasi yang dilakukan oleh dokter kadang dilakukan oleh perawat, isi informasi dalam formulir *informed consent* belum sesuai dengan PMK Nomor 290 tahun 2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran.

Dalam implementasi pengurangan risiko infeksi di rumah sakit, RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum membuat kebijakan/pedoman/SPO khusus untuk pelaksanaan cuci tangan, setiap klinik sudah ada *handrub* Dettol namun untuk rawat inap belum semua ada *handwash/handrub*, pedoman cuci tangan belum mengadopsi cuci tangan WHO (2007), petugas/staf belum menjalankan 5 (lima) momen cuci tangan dan melaksanakan hanya dilakukan sebelum dan setelah melakukan tindakan ke pasien.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang sudah diterima secara umum untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit (Kemenkes R.I, 2011). Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Amerika Serikat (US CDC) berbagai organisasi nasional dan internasional (WHO, 2009). Lima momen cuci tangan menurut WHO bahwa cuci tangan dilakukan pada saat

sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan tindakan, sesudah kontak dengan darah dan cairan tubuh, sesudah bersentuhan dengan pasien, dan sesudah bersentuhan dengan lingkungan pasien (WHO, 2007).

Rumah sakit diharapkan mampu mengembangkan suatu pendidikan berbasis ceramah dengan mengkombinasikan wawancara motivasi untuk meningkatkan kinerja dalam wujud kebersihan tangan antara personil keperawatan. Payman Salamati, dkk (2009)⁹ melakukan suatu penelitian yang hasilnya bahwa pendidikan berbasis ceramah akan meningkatkan kinerja kebersihan tangan antara personil keperawatan, dan lebih efektif jika dikombinasikan dengan wawancara motivasi. Kedua, manajemen diharapkan lebih aktif melakukan kampanye kebersihan tangan dalam mengurangi risiko infeksi akibat pelayanan di rumah sakit. Sesuai dengan penelitian Maha Talaat (2008)¹⁰ dalam penelitiannya yang berjudul efektivitas kampanye kebersihan tangan intensif mengurangi kejadian penyakit yang disebabkan oleh influenza. Hasilnya bahwa sebuah kampanye kebersihan tangan intensif efektif dalam mengurangi ketidakhadiran infeksi yang disebabkan oleh penyakit influenza.

Kebijakan dan/atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari risiko cedera pasien akibat jatuh di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum dibuat, rumah sakit belum menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan belum melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, petugas belum pernah dan tidak mampu melakukan asesmen risiko jatuh pada pasien, rumah sakit sudah berusaha untuk memenuhi sasaran ini dengan perlahan mengganti bed pasien yang belum ada *hand rail*-nya menjadi bed pasien yang ada *hand rail*-nya meskipun untuk selasar dan kamar mandi juga belum terpasang *hand rail*.

Asesmen pasien dengan risiko jatuh dilakukan dengan tujuan mengurangi terjadinya pasien jatuh. Asesmen pasien risiko jatuh dilakukan mulai dari mengetahui riwayat jatuh, diagnosis sekunder (≥ 2 diagnosis medis), alat bantu jalan (perabot, tongkat/alat penompang, tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring), terpasang infus, gaya berjalan (terganggu, lemah, normal/tirah baring/imobilisasi), status mental (sering lupa, orientasi baik) (Kemenkes RI., 2011).

Rumah sakit juga perlu membuat dokumen berbasis bukti berupa *checklist* sebagai alat informasi pendidikan dalam upaya sarana diskusi mengurangi risiko jatuh di penyedia layanan kesehatan. Rebecca L. Vivrette, dkk. (2011)¹¹ melakukan penelitian yang tujuannya untuk mengurangi terjadinya risiko jatuh dan materi pendidikan untuk identifikasi awal risiko jatuh berbasis bukti dan mendorong perilaku pencegahan. Hasilnya dengan menggunakan alat informasi pendidikan sebagai upaya sarana diskusi mengurangi risiko jatuh di penyedia layanan kesehatan.

Sebagai dasar menuju keselamatan pasien di rumah sakit, beberapa hal yang dipertimbangkan oleh manajemen antara lain mempertimbangkan kompetensi karyawan dalam pelaksanaan perekrutan karyawan, penelitian berkaitan tentang sasaran keselamatan pasien, kebijakan kesehatan, pendidikan pelatihan profesi kesehatan. Anne Andermann, dkk. (2011)¹² melakukan penelitian yang bertujuan membangun kesepakatan untuk penelitian keselamatan pasien di seluruh dunia. Hasilnya adalah Kompetensi, penelitian, kebijakan kesehatan, pendidikan pelatihan profesi kesehatan merupakan dasar menuju keselamatan pasien di pelayanan kesehatan.

Rumah sakit diharapkan melakukan pengembangan dan penerapan sistem manajemen risiko di rumah sakit, terutama dari dasar pedoman WHO dan konteks keselamatan pasien melalui budaya keselamatan pasien, kegiatan pelaporan kejadian keselamatan pasien, dan adanya hukuman (*funishment*) bagi yang melanggar. Hossein Adibi, dkk. (2012)¹³ dalam penelitian yang bertujuan untuk mengembangkan dan menerapkan sistem manajemen risiko di rumah sakit pendidikan yang besar di Iran, terutama dari dasar pedoman WHO dan konteks keselamatan pasien. Hasilnya dari temuan kegiatan pelaporan menunjukkan bahwa setidaknya 3,6 persen pasien rawat inap mengalami kejadian buruk dan 5,3 persen dari semua kematian di rumah sakit terkait dengan masalah keselamatan pasien. Selain skor rata-rata 12 dimensi budaya keselamatan pasien adalah 46,2 persen yang sangat rendah. Adanya hukuman untuk kesalahan yang dilakukan memiliki skor terendah positif dengan 21,2 persen.

SIMPULAN

Kebijakan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta dalam mencapai sasaran keselamatan pasien melalui akreditasi rumah sakit belum sepenuhnya dibuat. Implementasi 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta hanya mendapatkan rata-rata skor 21,55% dari target $\geq 80\%$.

Implementasi sasaran keselamatan pasien pada identifikasi pasien di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sudah mulai dilaksanakan namun belum standar. Implementasi sasaran keselamatan pasien pada peningkatan komunikasi yang efektif di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede adalah belum dilakukan secara efektif, laporan berbasis SBAR di rekam medis juga belum dibuat. Implementasi sasaran keselamatan pasien pada peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum dijalankan dengan baik.

Implementasi sasaran keselamatan pasien pada kepastian tepat lokasi-tepat prosedur-tepat pasien operasi di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum dilakukan sesuai standar safety surgery WHO (2009). Implementasi sasaran keselamatan pasien pada Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede sudah dilakukan secara rutin namun belum sesuai standar WHO (2007). Implementasi sasaran keselamatan pasien pada Pengurangan Risiko Cidera akibat jatuh di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede belum menerapkan assesmen risiko jatuh termasuk minimnya sarana yang tersedia.

Hambatan dalam implementasi sasaran keselamatan pasien sesuai akreditasi rumah sakit di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta adalah masih ada yang menyepelekan standar, tidak mengetahui aturan, belum adanya sosialisasi/sosialisasi masih kurang, motivasi yang kurang dan tidak ada dukungan dari pihak manajemen. Rekomendasi yang perlu dilakukan adalah manajemen rumah sakit perlu menyusun arah kebijakan dan yang dilengkapi dengan pentahapan sebagai panduan untuk sasaran keselamatan pasien di rumah sakit atau singkatnya susun rencana strategi rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan R.I, *Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit*, Dirjen Yanmed, Jakarta, 2001.
2. Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 Tentang Perizinan Rumah Sakit
4. Notoatmodjo, *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rineka Cipta, 2003
5. Kementerian Kesehatan R.I, Standar Akreditasi Rumah Sakit, Dirjen Bina Pelayanan Medik, Jakarta, 2011.
6. World Health Organization, *Surgical Safety Checklist*, 2009
7. Senior & Kathryn, *WHO Surgical Safety Checklist has value worldwide*. The Lancet Infectious Diseases, 2009, 9 (4), pp. 211
8. World Health Organization, *Five momenthand hygiene*, 2007
9. Salamati, P, *Effectiveness of Motivational Interviewing in Promoting Hand Hygiene of Nursing Personnel*, 2009. Situs: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650597/>. Diakses pada: Jumat 04 Januari 2013 jam 22.17 WIB.
10. Talaat, M, *Effects of Hand Hygiene Campaigns on Incidence of Laboratory-confirmed Influenza and Absenteeism in Schoolchildren*, Cairo, Egypt, 2008. Situs: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3377412/>. Diakses pada: Kamis, 27 Juli 2013 jam 19:00 WIB.
11. Vivrette, R, L, *Development of a Fall-Risk Self-Assessment for Community-Dwelling Seniors*. J Aging Phys Act, 2011. Situs: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383800/>. Diakses pada: Kamis, 27 Juli 2013 jam 19:00 WIB.
12. Andermann, A, *et al*, *Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening*, BMJ Qual Saf Health Care, 2011. Situs: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022363/>. Diakses pada: Jumat, 11 Januari 2013 jam 21:28 WIB.
13. Hossein, A, *Development of an effective risk management system in a teaching hospital*, 2012.